

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AGLI ANZIANI
servizio programmato per la I annualità del III Piano Sociale Regionale 2016 -2018

Spett.le Ufficio di Piano – Ambito B3
Via Fontanelle c/o ex Convento delle Clarisse

RINUNCIA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il ____/____/____ residente a _____ alla
Via _____
Prov _____ CAP _____ Telefono _____

in qualità di (*barrare la voce che interessa*)

- beneficiario/a del servizio di assistenza domiciliare agli anziani
- familiare del Sig./Si.ra _____ beneficiario/a del servizio di assistenza domiciliare agli anziani

dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali a carico in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione e produzione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 N.445;

DI RINUNCIARE

alla fruizione del servizio di cui sopra, per la seguente motivazione _____

Luogo e Data _____

Firma del dichiarante
